



**Prossimità e organizzazione
delle cure: la medicina generale
di domani tra demografia e cronicità**

«LABIRINTI MENTALI»

Carla Bruschelli

Giorgio Carlo Monti

**76° CONGRESSO
NAZIONALE**


7-12 ottobre 2019
Tanka Village - Villasimius (CA)

FI&MG®
Federazione Italiana Medici di Famiglia

M&S
SOCIETÀ SCIENTIFICA DEI MEDICI

Perché affrontare il tema dei disturbi mentali in Medicina Generale?





I disturbi mentali, che comprendono i disturbi psicotici, i disturbi dell'umore, i disturbi d'ansia, anoressia e bulimia nervose, e i disturbi da abuso di sostanze e di alcol, si presentano in tutte le classi d'età, sono associati a difficoltà nelle attività quotidiane, nel lavoro, nei rapporti interpersonali e familiari, e sono causa di elevati costi sociali ed economici.

Il MMG è il primo riferimento dei Cittadini per bisogni di salute...



IL PAZIENTE NON E' SOLO PSICHIATRICO...

- Rispetto alla popolazione generale, le persone con **patologie psichiatriche** sono a maggiore rischio di sviluppare **malattie fisiche** e questo determina conseguenze negative sulla qualità e sull'aspettativa di vita.
- Si riscontra ridotto accesso ai programmi di screening e prevenzione delle malattie, **stili di vita** non salutari collegati ai disturbi mentali
- Nel 2018 L'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) ha divulgato le **Linee Guida per una corretta gestione della salute fisica nelle persone con patologie psichiatriche**, contenenti una serie di **raccomandazioni** che riguardano aspetti quali la riduzione e sospensione del **fumo** di sigaretta, le strategie per gestire il **sovrappeso** e l'**obesità**, la cura di malattie come il **diabete** e l'infezione da **HIV**.



Cosa dicono i numeri?

Epidemiologia delle malattie psichiatriche

DATI ISS 2017

- disturbi mentali tra i **giovanissimi**:
disturbi di ansia prevalenza 8,2%, disturbi emotivi 6,5%
- soffrono di sintomi di depressione il 59% degli **anziani disabili**
- il 21% di persone con sintomi depressivi non chiede aiuto ad alcuno
- la Depressione si riscontra negli ultimi dieci anni con un Trend crescente, con picco di prevalenza tra gli **ultra 85enni** e quindi tra Pazienti quasi sempre multimorbidi

DATI OSMED 2018

- Per ogni individuo maggiore di 64 anni, la spesa farmaceutica è oltre 6 volte superiore rispetto alla spesa sostenuta per un individuo appartenente alle fasce di età inferiori
- **ANTIDEPRESSIVI** sono all'8° posto tra le prime 20 categorie terapeutiche a maggior quota di spesa su prezzo di riferimento
- **ESCITALOPRAM** 25° è tra le prime 30 sostanze a maggior quota di spesa su prezzo di riferimento
- Le **BENZODIAZEPINE** sono la categoria in classe C di maggior consumo, con al primo posto LORMETAZEPAM seguito da LORAZEPAM
- La maggior parte dei farmaci utilizzabili per le principali patologie psichiatriche è a **brevetto scaduto**

DATI OSMED 2018

ANTIDEPRESSIVI:

- dal 2013 al 2018 hanno avuto + 6,5% di utilizzo
- la prevalenza d'uso aumenta con l'età e nelle **donne**
- sono al 16° posto per consumo di farmaci negli over 65
- Aderenza alla terapia decresce dopo i 54 anni
- Gli SSRI sono la categoria a maggior consumo, la **PAROXETINA** prima tra questi
- **VORTIOXETINA**, nuovo antidepressivo di classe multimodale, è il principio attivo che ha fatto registrare il maggior aumento nei consumi rispetto all'anno precedente (+39,6%)
- **L'incidenza del consumo di farmaci a brevetto scaduto ha raggiunto una percentuale dell'89,2%, per la metà dovuto all'utilizzo di farmaci equivalenti.**

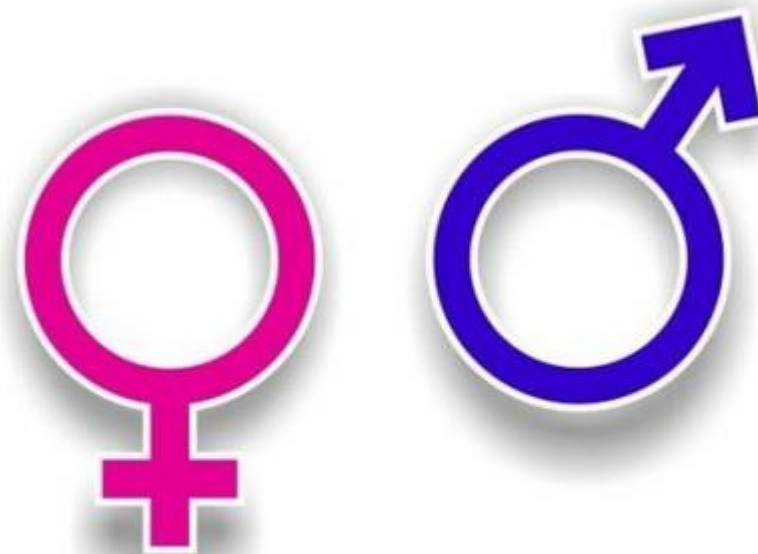
DATI OSMED 2018

ANTIPSIKOTICI

- Dal 2013 al 2018 hanno avuto + 16,8% di utilizzo
- Il massimo della prevalenza d'uso si ha negli **ultra 75enni**, con valore 6,2% nelle donne e 4,6% negli uomini
- Gli **Atipici** registrano aumento del 3,8% rispetto all'anno precedente
- L' **'ARIPIPRAZOLO** registra aumento di consumo +10,5%
- L'incidenza del consumo di farmaci a brevetto scaduto ha raggiunto una percentuale del **67,7%**

Forse è bene ricordare qualcosa...

**Appendice:
farmacologia di
genere**



Sesso e Genere

La risposta terapeutica dipende dalle interazioni tra geni, ambiente e cultura. Il *sesso* comprende tutto ciò che riguarda la biologia (geni, ormoni ecc.), mentre il concetto di *genere* include le influenze culturali e sociali.

- I farmaci risultano meno studiati nel genere che più li usa: le donne.
- Le reazioni avverse sono più frequenti e più gravi nel sesso femminile
- **Le donne accedono più frequentemente agli studi del MMG.**
- Le differenze di genere in farmacologia riguardano sia la farmacocinetica sia la farmacodinamica.

Farmacologia di genere

- Le differenze di genere possono variare in funzione della fase del ciclo mestruale, della gravidanza, dell'allattamento ed essere anche funzione dell'età.
- In parte esse dipendono dalle **differenze di dimensione e composizione corporea, dal metabolismo e dall'escrezione**
- Il grasso varia in funzione dell'età, passando dal 33% nelle donne in età fertile al 48% nelle donne anziane (mentre nell'uomo sale dal 18 al 36%). Questo implica che nelle donne i farmaci lipofili tenderanno ad accumularsi nel tessuto adiposo per poi essere rilasciati successivamente, come nel caso degli antipsicotici.

Farmacocinetica

- **L'attività della CYP3A4**, che metabolizza circa il 50% dei farmaci, è maggiore nel sesso femminile e sembra essere modulata dagli estrogeni e dai progestinici.
- I processi di **filtrazione glomerulare** renale sono influenzati dal peso ma, anche dopo la sua correzione, la velocità di filtrazione è minore del 10% nelle donne rispetto agli uomini.

Interazioni metaboliche tra i più comuni antiepilettici e le associazioni estroprogestiche

- Carbamazepina
- Fenobarbitale
- Fenitoina
- Oxcarbazepina
- Topiramato
- Gabapentina
- Levetiracetam
- Lamotrigina



Donne e ADRs

Le donne hanno un rischio maggiore (1,5-1,7 volte) di sviluppare ADRs, e concorrono tutta una serie di fattori come:

- una particolare **suscettibilità** femminile (come nel caso *torsades de point*, aritmia ventricolare che può essere indotta da numerosi agenti farmacologici)
- la **politerapia** e la **carenza di studi** clinici nelle donne
- le **alterazioni metaboliche** (aumento di peso, alterazioni metaboliche ematiche) sono più frequenti nelle donne (37%) rispetto agli uomini in corso di terapia con acido valproico e antipsicotici . Ciò significa che le donne possono andare incontro più facilmente a insulino-resistenza, alla *non-alcoholic fatty liver disease*, a malattie cardiovascolari e ad una maggiore interruzione della terapia.

Letteratura

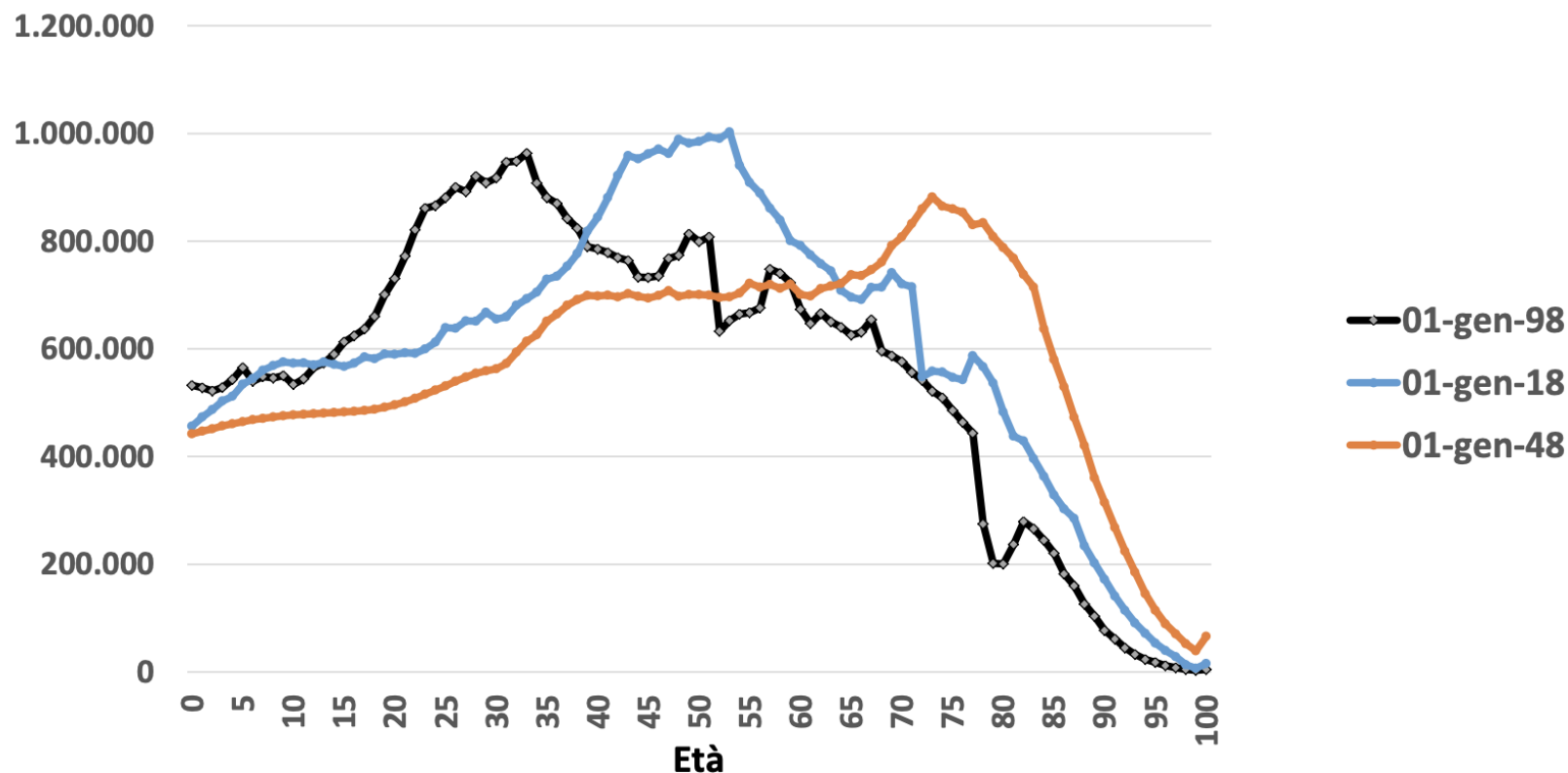
- Franconi F, Brunelleschi S, Steardo L, Cuomo V. *Gender differences in drug responses*. Pharmacol Res 2007;55:81-95.
- Ding EL, Powe NR, Manson JE, Sherber NS, Braunstein JB. *Sex differences in perceived risks, distrust, and willingness to participate in clinical trials: a randomized study of cardiovascular prevention trials*. Arch Intern Med 2007;167:905-12.
- Mencacci C, Cerveri GC. *Antipsicotici e genere*. Quaderni SIF 2007;11:8-14.
- Walley T, et al. *Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18,820 patients*. BMJ 2004;329:15-9.
- El-Khatib F, Rauchenzauner M, Lechleitner M, Hoppichler F, Naser A, Waldmann M, et al. *Valproate, weight gain and carbohydrate craving: a gender study*. Seizure 2007;16:226-32.

Multimorbilità e Malattie psichiatriche in Medicina Generale

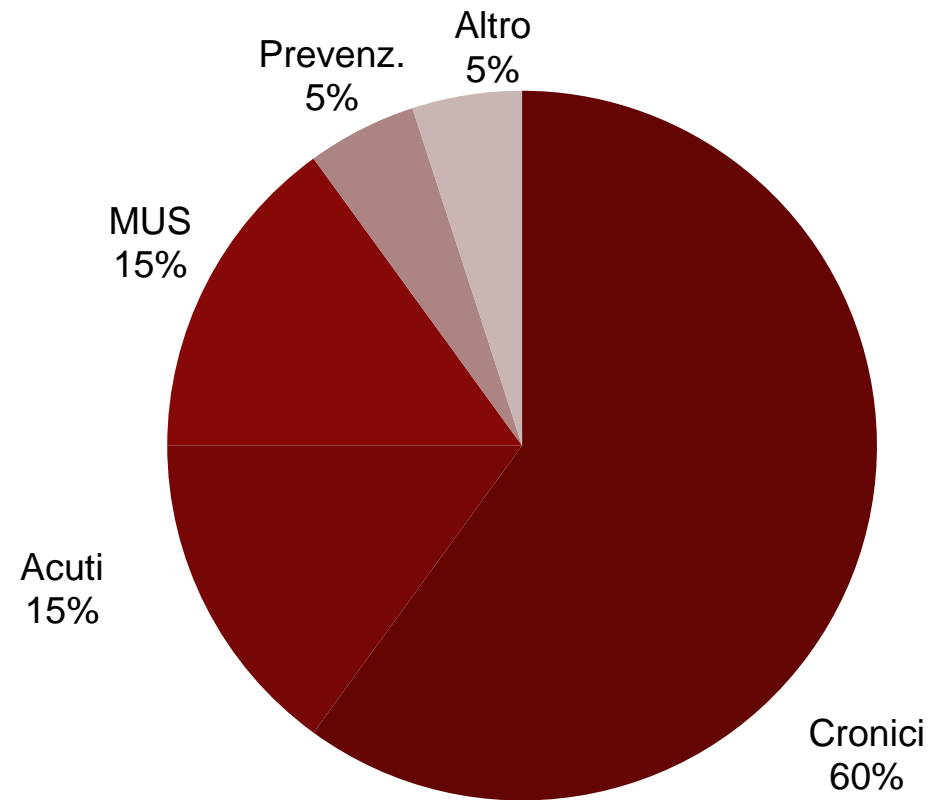


Il passaggio dal dominio dei «giovani adulti», a quello degli «adulti», e in prospettiva ... a quello dei «tardo-adulti»...

Italia - Popolazione per età
al 1° gennaio 1998, 2018 e 2048



Il Case mix della Medicina Generale



G.Monti - Managing Doctors, 2015

I pazienti



Il paziente acuto vero



Il paziente difficile



Il paziente con MUS



Il paziente *frequent attender*

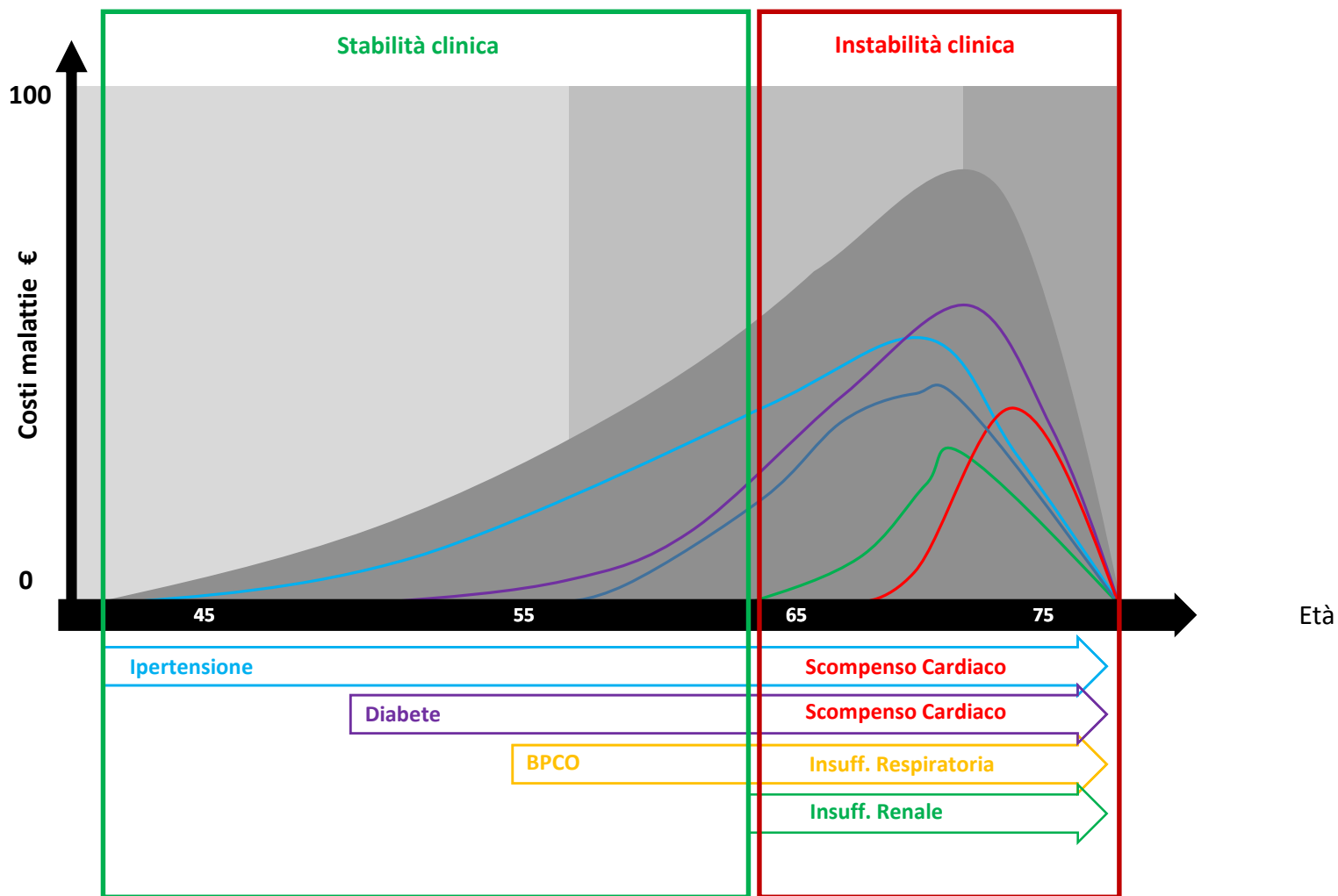




Frequently attenders in Primary Care

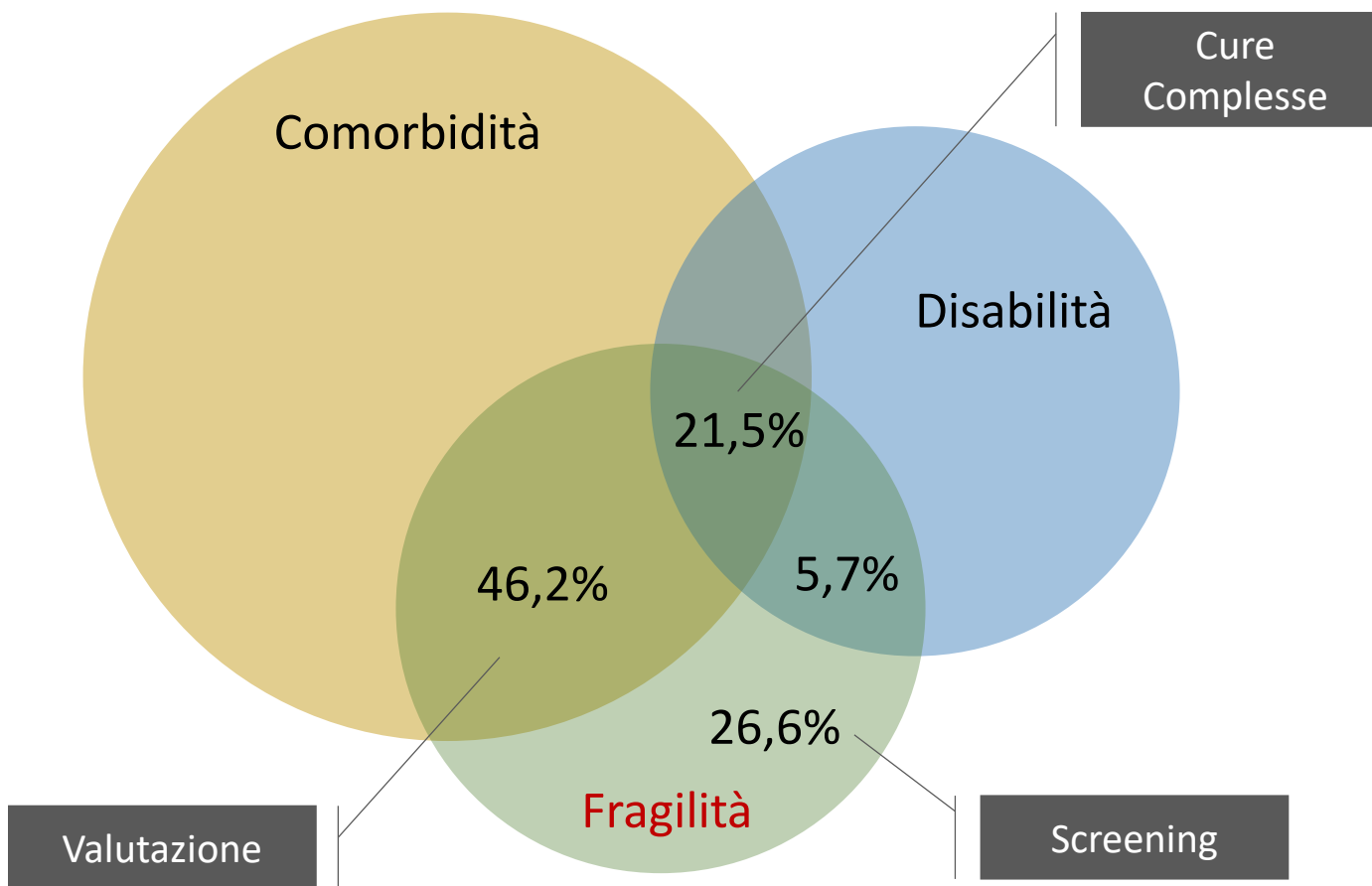
1. Il paziente disinformato
2. Il paziente insicuro
3. Il paziente che chiede attenzione
4. Il paziente con disturbi mentali
5. Il paziente che vuole farmaci
6. Il paziente solo
7. Il paziente preoccupato
8. Il paziente che non vuole guarire
9. Il paziente cronico non controllato

Effetti della comorbidità



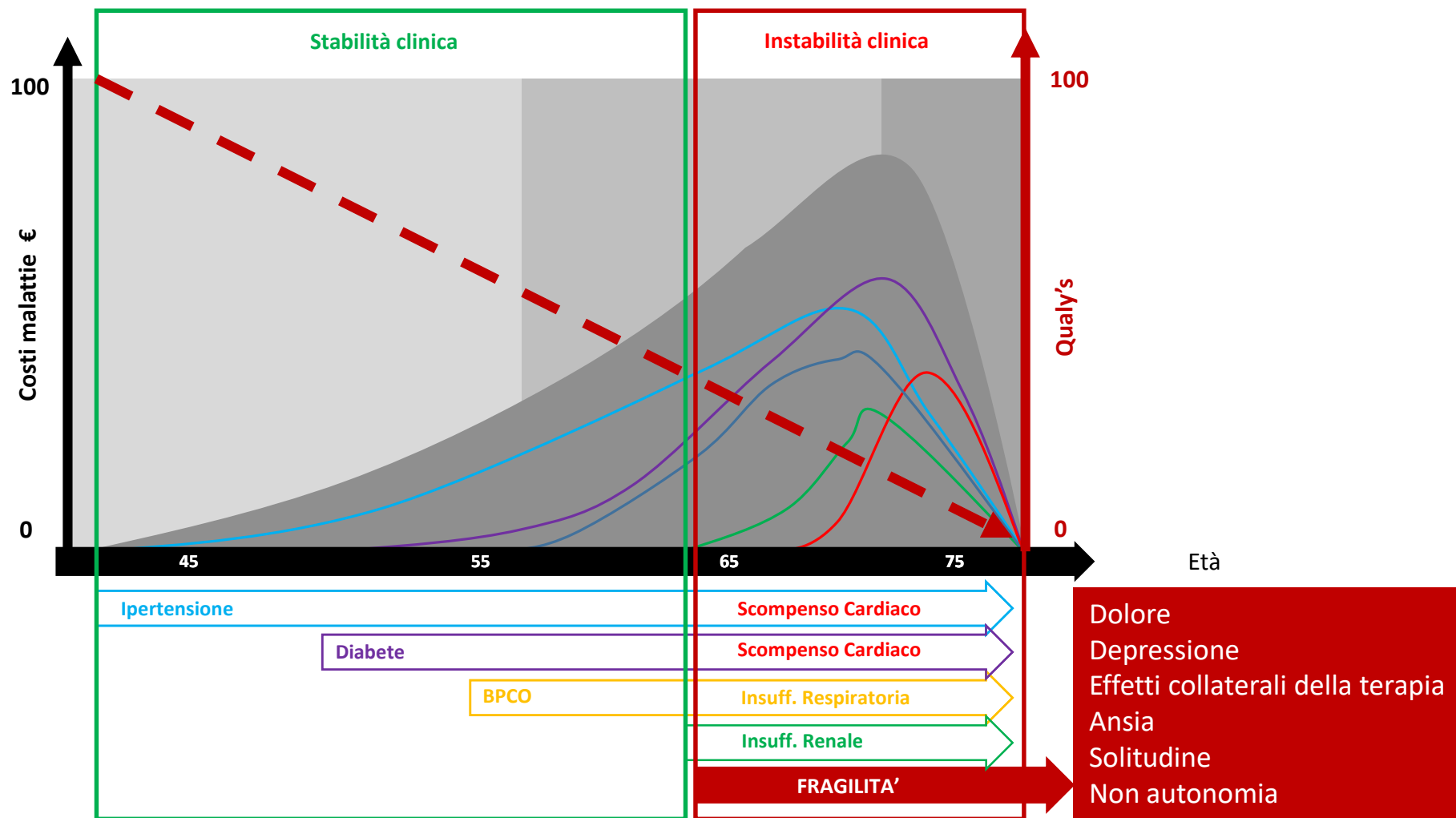
G.Monti - Managing Doctors, 2019

I rapporti tra Fragilità, Comorbilità e Disabilità



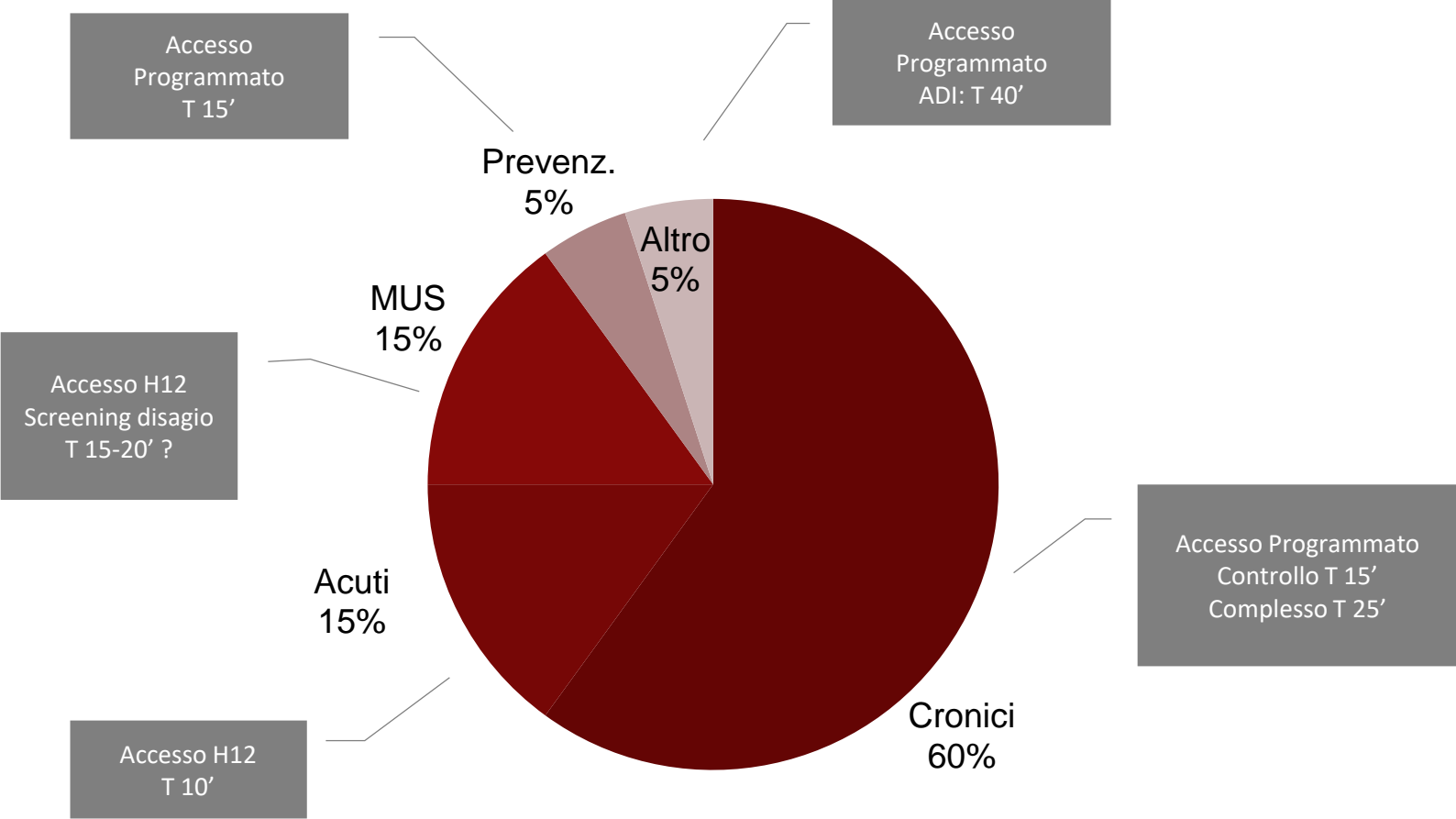
L.Freid, J.Gerontology, 2004

Effetti della comorbidità/fragilità



G.Monti - Managing Doctors, 2019

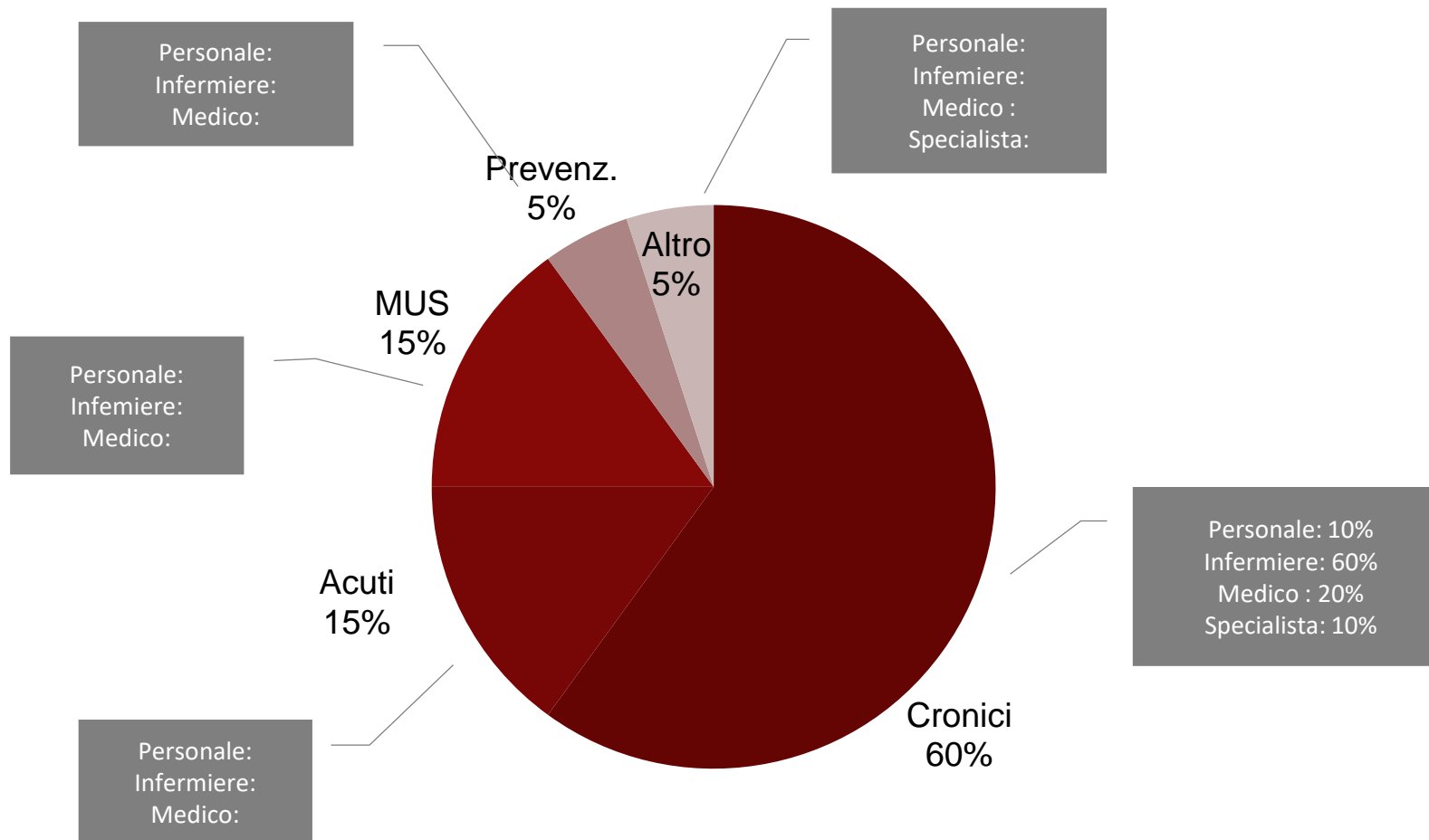
Gestione: accesso e timing su Case mix



G.Monti - Managing Doctors, 2015



Carico di lavoro per ruoli su Case mix



G.Monti - Managing Doctors, 2015



Cure “sartoriali” e Medicina Generale: riflessioni...

- Qual è la giusta relazione tra il sapere del medico e l'esperienza di malattia del paziente?
- Tra il bisogno di salute e la domanda di prestazioni sanitarie?
- Tra la volontà di guarire e i limiti della medicina?
- Tra le evidenze scientifiche e la pratica quotidiana?
- Tra le esigenze della scienza e le esigenze del malato?

La difficoltà nel delineare un giusto profilo di cura è determinato dalla COMPLESSITA' del malato cronico, per il quale dovremmo sviluppare un modello manageriale capace di integrare le Priorità del Malato con le Priorità delle Linee Guida...

La realtà in MG: il Paziente multimorbide...

I Pazienti con Multimorbidity necessitano di un appropriato approccio clinico-assistenziale, in quanto la variabile combinazione di malattie e condizioni, la complessità dei trattamenti e la frequenza dei controlli incidono in modo significativo sulla qualità di vita...

Nei pazienti con Multimorbidity:

- le LG su una singola condizione potrebbero non essere applicabili;
- un trattamento aggressivo dei fattori di rischio con l'obiettivo di prevenire nuove patologie è spesso inappropriato (*overtreatment*);
- è necessario valutare la possibile efficacia di un approccio che tenga conto della Multimorbidity, considerare tutte le condizioni e i trattamenti e facilitare l'accesso ai dati sui benefici assoluti dei trattamenti più frequentemente prescritti.

La gestione della multimorbilità - NICE

- Considerare nell'approccio alla comorbilità se il malato si trova nelle seguenti condizioni:
 - Trova difficoltà a gestire i trattamenti medico-farmacologici prescritti
 - Trova difficoltà a gestire per perdita di autonomia ogni attività quotidiana
 - Riceve cure e supporto da multipli servizi e necessita di ulteriori cure
 - E' affetto da lungo tempo da malattie fisiche e mentali
 - E' un paziente fragile e a rischio caduta
 - Accede frequentemente per esigenze cliniche ai servizi di cura e di emergenza
 - Assume quotidianamente da 10 a 14 farmaci
 - E' particolarmente esposto per condizioni cliniche e terapia farmacologiche ad eventi avversi

Multimorbidity: clinical assessment and management. NICE Guidelines, 20



Principi di un corretto approccio alla multimorbilità

Considerare nell'approccio alla multimorbilità :

- Come le condizioni di salute del paziente e il loro trattamento interagiscono e quale effetto hanno sulla qualità della vita dello stesso
- I bisogni individuali della persona, le sue preferenze di trattamento, le priorità di salute, la qualità della vita e gli obiettivi individuali
- I benefici e i rischi nel seguire le raccomandazioni da linee guida di ogni singola condizione clinica
- Migliorare la qualità della vita del paziente riducendo il «treatment burden», gli eventi avversi, e le cure non programmate
- Migliorare il coordinamento di cura tra i servizi

Multimorbidity: clinical assessment and management. NICE Guidelines, 20

Valutare come il carico di malattia condiziona la vita quotidiana attraverso il colloquio con il paziente

Include a discussion of:

- Salute mentale
- Come le malattie condizionano lo stato di benessere
- Come e quanto i problemi di salute modificano la qualità di vita.
- Il numero e la tipologia di appuntamenti necessari alla cura e la loro localizzazione (auspicabile)
- Il numero e la tipologia dei farmaci assunti e le modalità di assunzione
- Ogni effetto dei trattamenti sulla salute mentale della persona
- Ogni danno da farmaci
- Presenza di depressione e ansia
- Presenza di dolore cronico e la necessità di trattarlo

Multimorbidity: clinical assessment and management. NICE Guidelines, 20



Individuare gli obiettivi del paziente, valori e priorità

Incoraggiare i pazienti con multimorbidità a capire ciò che è importante per loro, identificare i propri obiettivi, valori e priorità, quali:

- Mantenere la propria indipendenza
- Svolgere attività lavorativa continuativa, prendere parte ad attività socialmente utili e svolgere un ruolo attivo nella famiglia
- Prevenire outcomes dannosi (stroke...)
- Ridurre eventi avversi da farmaci
- Ridurre il «treatment burden»
- Allungare la vita

Multimorbidity: clinical assessment and management. NICE Guidelines, 20



Rivedere il trattamento farmacologico e ogni altro trattamento

Nel rivedere la terapia farmacologica considerare :

- L'efficacia del trattamento
- La durata del trattamento
- Le caratteristiche della popolazione idonea al trattamento

Nel ottimizzare il trattamento, valutare e pesare attentamente la decisione di iniziare o sospendere la terapia farmacologica o non farmacologica.

Accertarsi se il trattamento adottato per alleviare la sintomatologia ha dato risultati o causato danni

Se la persona è dubbiosa sui benefici attesi o è stato vittima di effetti collaterali:

- Discutere se ridurre o sospendere il trattamento
- Monitorare gli effetti di ogni decisione presa sulle condizioni cliniche e prevedere eventuali future decisioni (inclusa la ripresa del trattamento)

Multimorbidity: clinical assessment and management. NICE Guidelines, 20

*Carla e Giorgio Carlo
ringraziano per l'attenzione...*



LINEE GUIDA...

DEPRESSIONE:

- APA (American Psychiatry Association), 2017
- NICE (National Institute of Health and Care Excellence), 2018
- CANMAT (Canadian Network for Mood and Anxiety Disorders), 2018

DISTURBO BIPOLARE:

- NICE, 2018
- APA, 2017

PSICOSI:

- NICE, 2018
- BAP, (British Association for Psychopharmacology) 2016
- APA, 2017

ANSIA E PANICO

- NICE, 2019



Il MMG ed i Pazienti multimorbidi con disturbi psichiatrici

Carla Bruschelli

carla.bruschelli@gmail.com

Giorgio Carlo Monti

gcm54@gmail.com